

Slovenská lekárnická komora
Nová Rožňavská 3
831 04 Bratislava

Vec: Žiadosť o vydanie potvrdenia o trvaní registrácie v registri zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú povolanie farmaceut

Podpísaná/ý:

1. Titul, meno, priezvisko :

2. Registračné číslo :

týmto žiadam Slovenskú lekárnickú komoru (SLeK) o vydanie potvrdenia o trvaní registrácie v registri zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú povolanie farmaceuta a to ku dňu vydania potvrdenia.

V dňa

.....

/vlastnoručný podpis/

Povinná príloha :

- kópia dokladu o zaplatení poplatku za vydanie potvrdenia o trvaní registrácie (člen SLeK 4€ / nečlen SLeK 10€).